

Trastorno fóbico-compulsivo

Francisco Pérez Guzmán

Psicólogo

Miembro Clínico (CM) de la Asociación Europea e Internacional de Análisis Transaccional,
EATA - ITAA

1. ANTECEDENTES Y ENCUADRE TERAPÉUTICO

1.1. Antecedentes

El paciente es un varón, de 30 años de edad, casado, de nivel cultural medio-alto.

Desde hacía tres años estaba en tratamiento psiquiátrico, —fármacos—, a causa de unos trastornos que él califica de «manías... que me causan una gran ansiedad».

El motivo de venir a consulta es «intentar, a través de la psicoterapia, resolver mis miedos y obsesiones, que me hacen sentirme muy mal».

1.2. Encuadre de trabajo

— Como técnica terapéutica, se trabaja básicamente con Análisis Transaccional, con aportes del Psicoanálisis, Terapia Rogeriana y Gestalt.

— Duración de la terapia: Año y medio. Sesiones individuales, con frecuencia de una sesión por semana, durante un año, y sesiones más espaciadas, cada 2 o 3 semanas, el tiempo restante.

— Como criterios de diagnóstico, se ha utilizado: entrevistas personales, el Cuestionario de Personalidad MMPI y la Láminas de Rorschach.

2. SINTOMATOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO

2.1. Sintomatología

Desde la primera sesión quedó claro que se trataba de un sujeto con Trastornos Fóbico-Compulsivos.

Los temores básicos que presenta son:

— Miedo a causar daño a los demás, indirectamente, por envenenamiento.

• Guarda gran cantidad de medicación, ya caducada, que no se atreve a echar a la basura, water, contenedor, etc.

• Si le cae un objeto al suelo (bolígrafo, etc.), no se atreve a seguir utilizándolo, ni sabe cómo desprenderse de ello, sin causar daño a los demás. Almacena las cosas y las guarda tiempo y tiempo.

• Teme que los detergentes, desinfectantes, pinturas, etc. que utilizan en casa pueda dañar, o dañarle, si no se lava repetidamente las manos.

— Le asustan los espacios cerrados y concurridos. Tiene miedo de subir a la cuarta planta del Corte Inglés.

— Miedo a viajar en coche, cuando los trayectos son largos.

— Miedo a equivocarse y cometer errores. Necesita repasar compulsivamente, una y otra vez, los pagos, recibos, etc.

A su vez, da vueltas y vueltas a las cosas que le suceden, sin poderse desprender de ellas.

— Inicia el día, y lo concluye, con gran pérdida de tiempo, repasándolo todo, asegurándose, una y otra vez, de que el gas, la basura, los detergentes, la ropa... está en completo orden y seguridad.

— Finalizar una jornada de trabajo conlleva gran atención, y repeticiones infructuosas, por sus compulsivas revisiones.

— Le asusta ver en la calle a algún niño jugando, en contacto con el suelo o cosas que considera «infectadas», culpabilizándose de no poner medios de solución.

— Impulsos irresistibles para mantener sus ceremoniosos repasos, que considera «absurdos e innecesarios», pero ante los que se ve impotente de liberarse.

2.2. Elaboración del diagnóstico

Si bien la sintomatología no ofrecía dificultad del diagnóstico, los trastornos fóbico-obsesivos

se confirmaron por el MMPI y RORSCHACH.

— MMPI. Puntajes significativos:

Hipocondriasis = Percentil 75.

Depresión = Percentil 85.

Psicastenia = Percentil 95.

Puntajes Psicot. = Normal, en torno a Perc. 50.

— RO. Muchos signos de angustia (shock en lám. 2, 3).

Respuestas de miedo (cueva, abismo, túneles, etc.).

Impulsividad, agresividad.

Sucesiones rígidas.

Aprehensión ambivalente.

Etc.

3. PROCESO DE TRATAMIENTO

En la psicoterapia se ha utilizado, en su mayor parte, técnicas de Análisis Transaccional, sin excluir otros aportes procedentes del Psicoanálisis, Terapia Rogeriana y Gestalt.

En especial, y ciñéndonos al A. T., se han trabajado los conceptos de: Estados del Yo, y su patología estructural y funcional, emociones, caricias, mensajes de guiño y de contraguiño.

En cuanto a las técnicas de A. T. utilizadas: Descontaminación, rededición, parentalización, transacciones de permiso y contrato sobre objetivos específicos.

A lo largo del proceso de psicoterapia, y respetando la libre asociación y libertad del paciente en el aporte de sus temas de trabajo, se han tenido en cuenta las siguientes etapas de trabajo.

3.1. Fase primera: Establecimiento interrelación positiva

En una primera fase de trabajo se creyó conveniente establecer una buena relación interpersonal, o transferencia positiva, a fin de que el paciente percibiese

al terapeuta como un elemento «contrafóbico», con quien sentirse más sosegado y en mejores condiciones de acercarnos, y analizar, sus núcleos ansiosos.

Favoreció a la terapia, y nos fue muy beneficioso, mantener con el paciente, desde el principio, una relación de aceptación, permisividad y reconocimiento empático, de lo que él es como persona, aparte de sus patologías.

En esta primera etapa, y a partir del material que el paciente aportaba a consulta, analizamos aspectos importantes del A. T., como los estados del yo (estructura de la personalidad), y caricias. La fácil comprensión y riqueza de estos contenidos le fue muy beneficioso, y preparó, junto a la buena relación establecida, el campo para posteriores análisis.

3.2. Fase segunda: Terapia de descontaminación

En una segunda etapa de la terapia trabajamos en la descontaminación y enriquecimiento del estado adulto del Yo, muy influido por las exigencias de su Padre interno, y los temores de su Niño.

Su Adulto estaba bastante limitado en sus funciones, por la amenaza de un Padre rígido y exigente, que le sometía a fuertes prohibiciones... («¡Cuidado con lo que haces, puedes intoxicar a los demás!»), así como por los temores de un Niño, angustiado, que le asusta cargar con la responsabilidad de causar daño a los demás... («¿Estoy lo suficientemente seguro de que no va a pasar nada?».)

Los repetidos ciclos patológicos, y el incremento de las conductas inadecuadas no sólo mantienen la contaminación del Adulto, sino que tienden a excluirlo,

cada vez más lábil, en la toma de consciencia y control de las situaciones.

El trabajo de descontaminación le permitió recobrar una más nítida percepción de sus capacidades y probatura de la realidad.

«¿Qué te sientes obligado a hacer...?»

«¿Quién dice eso?»

«¿Cómo te sientes?»

«¿Qué piensas de ello?»

«¿Qué está bien para ti hacer...?»

Etc.

El trabajo de descontaminación permitía utilizar las transacciones de permiso y la confrontación, propiciando el «insight» (darse cuenta), y coadyuvando a posteriores decisiones, en el «aquí y ahora», que cristalizaban en contratos de objetivos concretos de trabajo.

3.3. Relajación, regresión y redecisión

Permitirse el adulto una mayor capacidad de percibir y controlar la situación, nos dio acceso al análisis de los mensajes de guión y contraguión.

Utilizamos la relajación, y a través de ella la regresión a etapas infantiles, entre los cinco y nueve años, de la vida del paciente.

A partir de ahí, analizamos los siguientes aspectos de importancia:

1. **Exclusión del Niño Libre (Niño Natural)**, del paciente, muy limitado en su espontaneidad emotiva, y en especial en su capacidad de disfrutar.

El análisis de esta parcela, de su Niño Natural, hizo posible redecidir reprimidas satisfacciones lúdicas, que se tradujo en «permisos» para pasárselo bien... (ir en bicicleta, salir con el coche los fines de semana, jugar a frontenis, cuidar su aseo personal y comprarse cosas, etc.).

2. **Excesiva energía en el Niño Adaptado**, muy coaccionado por el Padre, con fuertes diálogos internos, que provocaban miedos ilógicos y absurdos.

Las transacciones de Permiso, a través del Ensueño Dirigido, permitió la liberación de unas obligaciones que conllevaban inseguridad, confusión y angustia.

3. **El Adulto del Niño**, el «Pequeño Profesor», sometido a los mensajes actitudinales y verbalizados de su figura parental, madre (la madre del paciente), se había desarrollado más a niveles «mágicos», que «lógicos» («Si



piso, decía, una jeringuilla, que puede tener "sida", parte de esa infección la llevo a casa, con la suela del zapato, y aunque me restringue el zapato en el "felpudo" a la entrada de casa...»)

El Adulto de su Niño había percibido a su madre como una mujer «nerviosa, amargada, siempre protestando y triste...», a la que tenía que obedecer en todo y compartir con ella su desgracia. La convivencia con su marido no era satisfactoria, lo que le influía en sus malestar, y en los constantes mensajes para que su hijo satisficiera las necesidades de su madre.

En uno de los trabajos de regresión, entre los 7 y 8 años, dice el paciente:

«... Tengo que estar en casa. No puedo salir, y no me deja hacer nada... no puedo ir en bici, ni en patín, ni coger los cochecitos... tengo que estar quieto y obedecerla en todo. Tengo que hacerle caso, más que a mi papá,

y ver que se lo pasa muy mal... que llora y está triste.»

En otros trabajos de Regresión, su madre le habla del peligro de tocar las «colillas» de los cigarrillos, los «enchufes» de la luz, de llevarse las cosas a la boca, etc. y el peligro que conlleva el hacerlo. Cuando recuerda estas cosas siente «como un ahogo muy grande y tengo ganas de llorar».

Los mensajes de prohibición más severos son:

«No seas tú mismo.»

«No pienses.»

«No decidas.»

«No hagas.»

«No te diviertas.»

Los mensajes de obligación:

«Sé ansioso.»

«Deprimete.»

La Redecisión a esos niveles fue muy beneficiosa, ya que el paciente pudo redecidir aquellas conductas que no se le permitió hacer, con el consiguiente análisis

posterior, y mejor toma de consciencia del aquí y ahora.

4. REPARENTALIZACIÓN

La relación transferencial positiva con el terapeuta supuso una «silenciosa» reparentalización, o toma de mensajes actitudinales, que indujeron a modificar, de forma progresiva, algunas de sus percepciones habituales. Por ejemplo, durante la terapia el paciente, por sí mismo, se planteó dejar de fumar... (el terapeuta no es fumador), y lo consiguió con bastante facilidad.

Sus autoexigencias fueron paulatinamente más permisivas, y el concepto, en general, de las cosas fueron cambiando.

Su meticulosidad y perfeccionamiento compulsivo fue tornándose en actitudes más permisivas, procurando hacer las cosas «simplemente bien», conscienciándose de forma adulta, y permitiéndose fallar, sin sentirse ansioso por ello.

CONCLUSIÓN

El caso que nos ocupa, expuesto con cierta premura, sólo pretende mostrar, de forma muy general, cómo se puede abordar la patología fóbica-obsesiva, desde el modelo del análisis transaccional.

El autor asume, en su forma de hacer psicoterapia, cierta actitud ecléctica, si bien reconoce el gran valor intrínseco del análisis transaccional, señalando entre otros aspectos positivos, el poder integrativo de esta técnica que, en un proceso de psicoterapia, va bastante más allá de los sencillos y divulgados conceptos de «Padre», «Adulto» y «Niño» proveyendo instrumentos básicos de trabajo, que coadyuvan, además, a que el paciente se interese y motive por su propia curación y bienestar personal.

La psicoterapia no ha concluido del todo, si bien el paciente ha resuelto muchas de sus disfunciones, por lo que se encuentra muy satisfecho y con muchas ganas de vivir.

Entre nuestros objetivos de trabajo está pendiente el de subir en avión... experiencia que hasta el momento no ha satisfecho, según el paciente, «por falta de ocasión...». Si es así, o si todavía está sujeto a algún mecanismo de evasión, pendiente de resolver, es algo que abordaremos en una próxima sesión de trabajo.